

TRICOSES – CAPITULO 31

PÊLOS

- São estruturas queratinizadas produzidas pelo folículo piloso. Existem 2 tipos: lanugo (velus) ou terminal.
- 20 aminoácidos formam o pelo (cisteína, arginina, citrulina).

CICLO DO PÊLO

- Fase Anágena: crescimento, máxima expressão estrutural, intensa atividade mitótica na raiz, dura de 2 a 5 anos.
- Fase Catágena: folículos regredem a um terço de seu tamanho, diminui a proliferação até cessar, dura 3 a 4 semanas.
- Fase Telógena: desprendimento do pelo, dura 3 meses. O pelo se descola da papila dérmica.
- Nossos cabelos encontram-se 85% em fase anágena, 14% em fase telógena e 1% em fase catágena.
- Temos uma eliminação média de 100 fios por dia.
- O crescimento é de 0,4mm por dia no vértex – 1,2 cm ao mês e 14,4 cm ao ano. E de 0,35mm ao dia nas temporais, sendo 1,05cm ao mês e 12,6cm ao ano.
- As células tronco epidérmicas estão localizadas abaixo da saída da glândula sebácea e podem se diferenciar em epiderme, folículos pilosos e glândulas sebáceas.

- Leucotriquia: cabelos brancos
- Canície: descoloração fisiológica adquirida dos cabelos.
- Poliose: leucotriquia localizada. Pode ser Sd Vogt-Koyanagi-Harada, Esclerose Tuberosa, Vitiligo do couro cabeludo, após lesão de nervo periférico. Na porção frontal pode ser piebaldismo, Sd de Waardenburg, Sd Alezzandrini (poliose de cílios e sobrancelhas).
- Cabelos prateados: genodermatoses – alteração dos melanossomos. Pode ser Sd de Chediak-Higashi, Sd Griscelli, Sd Elejalde = associado com vários distúrbios severos neurológicos, fascies hipotônicas, criptorquidias.

DISPLASIAS PILOSAS

- Tricorrexe Nodosa: pseudonodosidades por separação das fibras causando fraturas.
- Tricoptiliose: cabelos frágeis e bifurcados, devido a uso excessivo de químicos, tratamento com cremes.
- Triconodose: nós ou laços na haste pilar, havendo mudança no ângulo de direção do fio, tornando-o quebradicho.
- Tricotilomania: manipulação contínua e patológica dos cabelos podendo causar alopecia.
- Tricostasia espinulosa: acúmulo de vários pelos no ostio folicular.
- Triquiase: direção alternada dos cílios.
- Pili multigemini: 2 ou mais matrizes pilosas em um mesmo folículo, originando várias hastes em um mesmo folículo.
- Pili recurvati (pelo encravado): nascem obliquamente, encurvam e penetram na pele. Usar creme de corticoide + antibiótico com menor trauma possível.

DISPLASIAS PILOSAS HEREDITARIAS

- Moniletrix: dilatações e estreitamentos alternados nos cabelos e pelos, determinando aspecto em rosário. O defeito se encontra na porção estreita do fio. Não há tratamento efetivo. Mas tende a melhorar com o passar dos anos.
- Pseudomoniletrix: fragilidade capilar associada a manobras repetidas ou compulsivas de pentear os cabelos. Os cabelos apresentam nodosidades arredondadas na ausência de estreitamentos. Tratamento é diminuir cuidados intensivos com o cabelo.

- Tricorrexis invaginada: hipotricose difusa e cabelos ralos e frageis associados ictiose linear e circunflexa e atopia. Nodulos semelhantes ao bambu.
- Tricotiodistrofia: deficit de enxofre. Pelos escassos, curtos e frageis. São achatados e com fraturas em tricosquiza e de superficie irregular.
- Tricopoliodistrofia (Sindrome de Menkes): pili torti com deficiencia de cobre. Há má absorcao intestinal e niveis plasmaticos de cobre e ceruloplasmina baixos. Cabelos torcidos e sem brilho, quebradicos. São cabelos polidisplasicos – com aspecto de pili torti atipico, moniletrix e tricorrexis nodosa. Há retardo de desenvolvimento psicomotor, convulsoes, hipotermia, tetraplegia, surdez, aneurismas, facies com aspecto de perdiz.
- Pili Annulati (pelos anulares): pelos alternam areas claras e escuras, por alteracao na medula do pelo. Há diminuicao no ritmo de crescimento dos cabelos com baixo nivel de cisteina. Não há tratamento especifico.
- Pili Torti: cabelos torcidos em torno de seus próprios eixos. O defeito é notado na infancia pela fragilidade dos cabelos.
- Pelos enovelados: rolhas corneas em poros foliculares com pelos enovelados subjacentes.
- Cabelos anagenos frouxos: rarefacao e reduzido comprimento dos cabelos, podendo ser extraidos de forma indolor atraves de leve tracao. São desprovidos de bainha interna e externa, bulbos irregulares, cuticula enrugada com aspecto de meia frouxa. Os cabelos são mais finos que o normal e não precisam ser cortados com frequencia, pois crescem lentamente.
- Sindrome dos cabelos impenteaveis: são cabelos secos, rebeldes e de textura aspera. São pelos canaliculares (com canais longitudinais ao longo de toda haste), com configuracao triangular.
- Cabelos lanosos (Woolly Hair): cabelos encaracolados, finos, textura suave.

ALOPECIAS CONGENTAS

- Atriquia com papulas: alopecia após os 3 meses com papulas cor branca na face e couro cabeludo.
- Alopecia sutural: localizada nas regioes frontal e parietal sobre as suturas cranianas com atrofia cutanea e anomalias craniofaciais e oculares.
- Alopecia triangular congenita: após 3 anos, ausencia de cabelos de forma triangular na regio fronto-parietal, 2 a 4cm sem qualquer outra alteracao cutanea.
- Hipotricose: diminuicao dos cabelos, alteracoes na estrutura da haste pilosa.
- Tricodisplasia hereditaria de Marie Unna: hipotricose difusa e miniaturizacao dos foliculos pilosos.

ALOPECIAS ADQUIRIDAS

→ Podem ser cicatriciais e não cicatriciais.

CICATRICIAIS

- Há ausencia ou diminuicao de pelos pela destruicao de foliculos pilosos. É definitivo e acompanha de atrofia cicatricial.
- PSEUDOPELADA DE BROCCO
- É de etiologia indefinida, alopecia permanente, com focos multiplos. Alopecias lisas, brilhantes, atroficas, de contornos imprecisos sem inflamacao local. Quando a doenca esta em evolucao, a retirada dos pelos da periferia das lesoes exige menor tracao e há maior massa mucinosa em torno da raiz – Sinal de Sampaio. Deve ser distinguida de Lupus Eritematoso Discoide e liquem plano. Não há tratamento efetivo. Podemos usar dapsona ou cloroquina, a evolucao é lenta e pode haver cura espontanea. Transplante de cabelos podem ser feitos. Persistem alguns pelos em tufos de boneca.

FOLICULITE DECALVANTE

- Reacao inflamatoria folicular com areas alopecicas cicatriciais. Distingue-se da pseudopelada pela presenca de foliculite. O tratamento é com antibioticos tópicos e sistemicos.

- DERMATOSE PUSTULO-EROSIVA DO COURO CABELUDO
- Lesões pustulo erosivas no couro cabeludo. Tratamento com antibióticos e corticoide VO ou intralésional.
- ALOPECIA PARVIMACULATA
- Lesões atrofico-cicatriciais de cerca de 0,5cm de diâmetro no couro cabeludo, região parieto-occipital, por lesões residuais de foliculites.

NÃO CICATRICIAIS

- ALOPECIA AREATA
- Pode ser localizada ou generalizada, redondas ou ovais, sem sinais inflamatórios ou de atrofia da pele. Pele lisa, brilhante. Etiologia desconhecida. Pode ter fatores emocionais associados, participação endócrina, focos infecciosos dentários. Tem associação de fatores imunológicos e genéticos. Na borda da placa podem ser retirados pelos afilados e descolorados para o lado da raiz, que apresenta dilatação. São cabelos peládicos, em ponto de exclamação. O prognóstico é favorável, podendo haver repilação com 1 ano de evolução.
- **Pelada em coroa ou ofíase:** se inicia na nuca e progride por todo o couro cabeludo, alopecia total ou universal (de todos os cabelos e pelos).
- Deve ser distinguida das tinhas que tem pelos tonsurados. Outro diagnóstico diferencial é a tricotilomania em ccas.
- Tratamento para formas localizadas: corticoide tóxico em local ou creme 2x ao dia. Aplicações de neve carbônica, infiltração com triamcinolona.
- Tratamento para formas disseminadas: infiltração com corticoide, antralina, drogas sensibilizantes (dinitroclorobenzeno, dibutilester do ácido esquarico, difenciprona), fotoquimioterapia com PUVA, minoxidil e imunossuppressores sistêmicos e tópicos são pouco efetivos.
- **Alopecia total ou universal:** corticoide sistêmico 1mg/kg-dia, ciclosporina, minoxidil tóxico é pouco eficaz, mostarda nitrogenada, zinco e dapsona.
- **Alopecia difusa:** eflúvio anageno distrofico – ocorre quando há um dano ao fio de maneira rápida, causando dano intenso. Eflúvio telogeno – ocorre por danos lentos e graduais, causando interrupção do período do crescimento do cabelo na fase anágena. Há maior perda de cabelos por aumento dos cabelos telógenos. Tem o bulbo do cabelo dilatado.
- **Eflúvio anageno-distrofico:** é uma alopecia aguda difusa em dias ou semanas. Ocorre por infecções, drogas, radioterapia, intervenções cirúrgicas prolongadas. Tratamento é excluir a causa e indicar alimentação rica em proteínas, vitaminas e sais minerais. Minoxidil pode ser usado.
- **Eflúvio telogeno:** pode ocorrer no pós parto onde grande número de folículos passam da fase anágena para a telógena, por ACO pelo potencial androgênico da progesterona ou após suspensão do ACO, emagrecimento por deficiência alimentar ou uso de anorexígenos, deficiência proteica, de ferro, zinco, estresse prolongado, doenças sistêmicas.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Prova da tração leve: introduzir os dedos abertos entre os cabelos, fechar e fazer tração leve a moderada. Se forem retirados mais de 5 fios a prova é positiva. Verificar se são cabelos telógenos, examinando-os com fundo escuro. O cabelo telogeno tem o saco epitelial.
- Prova da tração forte: permite verificar a proporção de cabelos anágenos e telógenos. Retira-se de 50 a 100 fios, coloca em uma lâmina coberta com lâmina e embebida por água. Pelo anágeno, anágeno distrofico, telogeno, etc. O tricograma normal revela 80-90% de cabelos anágenos, 10-20% de cabelos telógenos e 1-2% de cabelos distroficos. Tricograma telogeno tem mais de 20% de cabelos telógenos e distroficos, mais de 2% de anágeno-distroficos.
- Tratamento: até 100 cabelos por dia é normal. Dieta rica em proteínas, minerais (ferro e zinco), vitaminas. Controlar o estresse. Xampus ou loções de corticoide para a dermatite seborreica. Minoxidil diariamente. A resposta terapêutica ocorre em meses devido ao crescimento dos cabelos em torno de 1cm ao mês.

